

Vergaderjaar 2007–2008

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 63

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 31 juli 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 2 juli 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 1 juli 2008 inzake preferentiebeleid geneesmiddelen (nr. 29 477, nr. 58).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Schippers** (VVD) is tevreden met de richting die de farmaceutische zorgverlening opgaat. Zij vindt het jammer dat de overgang van het oude geneesmiddelenstelsel, dat niet meer functioneerde, naar het nieuwe stelsel niet meer gecontroleerd wordt of voorspelbaar verloopt. Er is net zo lang tegen de grenzen gebeukt tot het lijntje brak en de omslag plotseling toch voor de deur stond. Dat is ook de sector aan te rekenen.

De overgang naar een nieuw stelsel moet op een zorgvuldige wijze plaatsvinden. Een apotheker die in zorgverlening heeft geïnvesteerd en goed werk levert, mag niet de prijs betalen. Dat lijkt echter wel te gebeuren. Hoe kan worden voorkomen dat jonge apothekers die net zijn begonnen, uit de markt geprijsd worden en met grote schulden achterblijven omdat ineens de spelregels zijn veranderd?

Voorspelbaarheid is van belang in het overgangstraject. Nu is onduidelijk wanneer nieuwe tarieven worden vastgesteld. Daarnaast is niet duidelijk hoe het tarief is opgebouwd en wat bijvoorbeeld het aandeel zorgverlening erin is. Een overgangstermijn tot 2010 is te lang. Het tempo moet omhoog. De minister moet met een concrete datum komen waarop een nieuw stelsel in werking treedt en met een routekaart.

De heer **Van Gerven** (SP) ziet met lede ogen aan hoe de geneesmiddelenvoorziening door dit kabinet, met zijn fascinatie voor marktwerking in de zorg, wordt aangetast. De professionele autonomie van de artsen en de apothekers erodeert. Zorgverzekeraars regeren per dictaat met het preferentiebeleid.

Er is groot draagvlak voor een overgang naar een kostendekkend tarief met afschaffing van de kortingen en bonussen. Groothandels rekenen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie) en De Wit (SP).

tegenwoordig een fee voor de bezorging van medicijnen aan de apotheek omdat de geneesmiddelenprijs zo laag is, dat zij de medicijnen er niet meer voor kunnen leveren. Is dat geen aanwijzing dat de ruimte te beperkt is? Is de minister bereid om per 1 juli 2008 over te gaan op een kostendekkende receptregelvergoeding, waarbij de kortingen en bonussen worden afgeschaft? Als de apothekers een kostendekkend tarief kunnen hanteren, hoeven zij geen kortingen en bonussen meer te bedingen. De definitieve vergoeding kan worden vastgesteld als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar onderzoek heeft afgerond. Dit moet mogelijk zijn met inachtneming van de geraamde opbrengsten uit het transitieakkoord farmaceutische zorg. Is de minister niet bang dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg in het gedrang komt als apothekers te weinig middelen krijgen om hun praktijk goed te kunnen draaien?

Voor patiënten is het van belang dat zij goede medicijnen tegen een zo laag mogelijke prijs kunnen krijgen. Waarom scherpt de minister daartoe de Wet geneesmiddelenprijzen niet aan? Waarom kiest hij niet voor centrale inkoop, zoals in Denemarken?

Sommige verzekeraars vergoeden van bepaalde medicijnen niet alle doseringen tabletten. Dit kan ertoe leiden dat patiënten twee tabletten moeten slikken in plaats van één, soms zelfs van verschillende fabrikanten. Verzekeraars kunnen hun preferentiebeleid elke zes, negen of twaalf maanden wijzigen. Apothekers hebben met verschillende verzekeraars te maken die ieder een eigen preferentiebeleid voeren. Dit is zeer complex. Door de wijzigingen komt bovendien de therapietrouw in het geding. Is de minister niet van mening dat het preferentiebeleid op deze manier volledig doorschiet ten koste van de patiënt? Wat vindt hij ervan dat mensen verschillende tabletten moeten slikken, terwijl zij met één tablet zouden kunnen volstaan? Wat vindt hij van het voorstel om herhaalreceptuur van het preferentiebeleid uit te sluiten, zodat de continuïteit van de medicijnverstrekking wordt gewaarborgd? Wat vindt hij van het beleid van Achmea dat uitgaat van een laagste prijsgarantie, zodat de apotheker toch ruimte houdt om zelf meester te blijven over zijn schap?

Mevrouw **Schermers** (CDA) vindt het van belang dat burgers goed worden voorgelicht over het preferentiesysteem. De Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie (NPCF) heeft laten weten dat zij tevreden is met het preferentiebeleid als de informatievoorziening goed is geregeld. Informatievoorziening over geneesmiddelen aan individuele patiënten is een taak van apothekers. Deelt de minister de mening dat er geen reden is om aan te nemen dat de kwaliteit van de zorg wordt bedreigd?

Het gemiddelde tarief voor de receptregel volgens de nieuwe structuur komt uit op € 6,10. Eind 2008 wordt gezien of de aannames van de NZa waarop het tarief is gebaseerd, juist waren. De minister laat weten dat het tarief dan eventueel wordt bijgesteld, zo nodig met verrekening van de achterliggende periode. Op termijn is de receptregelvergoeding onderhandelbaar tussen de zorgverzekeraars en de apothekhoudenden, maar tot die tijd moet de receptregelvergoeding worden beschouwd als vangnet voor de apothekers naast de nog in de markt aanwezige kortingen en bonussen.

Tot op heden zijn er niet veel onderbouwde verzoeken van apothekers om ondersteuning bij de zorgverzekeraars of de NZa binnengekomen. Dergelijke ondersteuning is een nieuwe taak voor de zorgverzekeraars, die niet eenvoudig in te vullen zal zijn gezien de gespannen verhoudingen tussen de apothekers en de zorgverzekeraars. Heeft de minister zicht op de invulling van die taak door de zorgverzekeraars? Kan hij aangeven op grond waarvan de NZa beslist of in een bepaald geval een apotheker zou moeten worden ondersteund door de zorgverzekeraars?

Er wordt gesteld dat voor 40% van de apothekers faillissement dreigt als gevolg van het preferentiebeleid. Gemiddelden zeggen weinig. Veel is

afhankelijk van bij welke verzekeraar het grootste deel van de cliënten is verzekerd. In de nieuwe tariefsystematiek die de NZa per 1 juli heeft ingevoerd, zit naast de basisvergoeding een vergoeding voor aanvullende prestaties. Ook deze tariefsystematiek pakt heel verschillend uit voor verschillende apothekers. Jonge startende apothekers en apotheekhoudende huisartsen hebben specifieke problemen. Zij moeten de periode tot sprake is van een stabiele situatie, kunnen overbruggen. Wanneer is er sprake van een stabiele eindsituatie? Kan de minister nog eens ingaan op de mogelijkheden die de NZa heeft om deze groepen te helpen als de verzekeraar nog onvoldoende invulling geeft aan zijn nieuwe taak?

De heer **Van der Veen** (PvdA) vindt dat moet worden toegewerkt naar een kostendekkend tarief waarmee de zorgprestaties worden beloond en niet het inkoopgedrag.

Het preferentiebeleid levert geen gevaar op voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg en levert bovendien ook geld op. Zorgverzekeraars stellen over het algemeen eens per jaar een nieuw preferentiebeleid vast. Het wisselen van merk medicijnen is geen probleem zolang dezelfde werkzame stoffen erin zitten. In alle gevallen is geborgd dat als het medisch noodzakelijk is om een ander dan het preferente geneesmiddel te gebruiken, dit kan worden voorgeschreven en het wordt vergoed.

Er is sprake van een overgangperiode van maximaal zes maanden. Per 1 januari 2009 zal er een kostendekkend tarief zijn. Klopt het dat op dit moment nog voldoende kortingen en bonussen in het systeem zitten om tot een kostendekkend tarief te komen? Kan ervoor worden gezorgd dat de besparingen als gevolg van het preferentiebeleid bij de verzekerden terecht komt in de vorm van een premieverlaging? Er lijkt geen reden om een regeling in het leven te roepen die alle apothekers die nu de financiële gevolgen van het preferentiebeleid voelen, compenseert voor hun verliezen. Een aantal banken heeft al toegezegd bij klanten te zullen inspringen. Een aantal jonge apothekers zou in de problemen kunnen komen. Kan de minister met name de jonge apothekers extra voorlichten over de mogelijkheden om in het geval van financiële problemen een compensatie te ontvangen van de verzekeraars of de NZa?

De heer **Vendrik** (GroenLinks) vindt het niet goed dat belangrijke innovatieve investeringen in de farmaceutische zorg op dit moment worden geblokkeerd door de onduidelijkheid over de manier waarop het preferentiebeleid, ingepast in een verkeerd systeem, uitpakt voor de inkomenspositie van apothekers die werkelijk willen investeren in goede zorg. Hij vraagt de minister om de leiding te nemen. Aan alle bestaande onduidelijkheid is in essentie eenvoudig een einde te maken door met grote spoed te werken aan voorstellen voor een kostendekkend tarief. Er is dringend behoefte aan een nieuw systeem voor vergoeding van geneesmiddelen en apothekersdiensten, zonder kortingen en bonussen. Er moet sprake zijn van een kostendekkend tarief dat apothekers in staat stelt om op een goede manier zorg te verlenen.

De heer Vendrik is, onder enkele voorwaarden, buitengewoon blij met het preferentiebeleid van verzekeraars. Dit beleid dient versterkt te worden, zodat geen onnodig dure varianten van medicijnen meer worden verstrekt. Wel moet worden gelet op oneigenlijke effecten.

Antwoord van de minister

De **minister** is blij dat er oog is voor apothekers die willen investeren in de kwaliteit van de zorg. Het doel is een structuur die met name is toegesneden op het belonen van kwaliteit van zorg. Die ambitie lijkt ook bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP) en de verzekeraars aanwezig zijn.

Het is verheugend dat verzekeraars daadwerkelijk een stap hebben gezet

door een preferentiebeleid te gaan voeren. Dit beleid pakt goed uit in termen van prijsverlaging zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van de zorg.

Het preferentiebeleid zal soms van apothekers wat meer inspanning vragen, met name gericht op therapietrouw. Dit hoeft echter geen probleem te zijn, omdat dat precies de kwaliteit is waarop zij ook beloond willen worden. In Denemarken kunnen elke twee weken andere middelen preferent worden. Het blijkt dat de Deense verzekerden geen problemen hebben met de wisseling van medicijnen, omdat zij het systeem vertrouwen. Overigens kan een arts op grond van medische noodzaak een niet-preferent geneesmiddel voorschrijven. In dat geval wordt het volledig vergoed.

De rechter heeft in een bodemprocedure, aangespannen door BG Farma, uitgesproken dat het preferentiebeleid zich goed verhoudt tot de mededingingsregels. Het preferentiebeleid betreft 35 geneesmiddelen en is pas op 1 juli in werking getreden.

De KNMP heeft op 29 mei 2008 een tariefverzoek ingediend bij de NZa. De NZa heeft haar op 1 juli laten weten dat dit verzoek nog onvoldoende is onderbouwd en dat zij daarom nu niet kan beslissen op het verzoek. De NZa zal op het verzoek beslissen als de uitkomsten van het door de Tweede Kamer gewenste onderzoek door NZa naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen beschikbaar zijn, dus voor 1 november 2008. De KNMP heeft een juridische procedure aangespannen tegen de NZa bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven om te bewerkstelligen dat de receptregelvergoeding wordt verhoogd. Dat beroep is op 1 juli behandeld en de voorzitter van het College zal op 11 juli een uitspraak doen.

Er is veel aan de hand rond de vergoeding van geneesmiddelen, maar de feiten geven op dit moment nog weinig voeding aan de stelling dat 40% van de apotheekhoudenden in financiële moeilijkheden verkeert en dat uit dien hoofde een generale verhoging van de receptregelvergoeding noodzakelijk is. Er bestaat daarnaast nog veel onduidelijkheid over het aantal bonussen en vergoedingen dat nog in het systeem zit. Dat wordt nauwgezet gemonitord. Bovendien is nog niet bekend hoe het preferentiebeleid precies zal aan uitpakken in de komende maanden.

Er heeft intensief overleg plaatsgevonden met verzekeraars over ondersteuning van apothekers die in financiële problemen raken, ook met het oog op hun zorgplicht die uit de Zorgverzekeringswet voortvloeit. Verzekeraars hebben toegezegd deze plicht serieus te nemen en in individuele gevallen ondersteuning te bieden ingeval de zorgplicht in het gedrang komt of apothekers buiten hun schuld in de problemen komen. De zorgplicht houdt immers ook in dat de infrastructuur van apothekers toereikend blijft om medicijnen over de hele linie beschikbaar te houden. Uiteindelijk kan ook bij de NZa worden aangeklopt voor financiële ondersteuning, zoals de orthodontisten hebben gedaan. Herfinanciering door middel van verlenging van de korte financieringsperiode van een apotheker, kan ook een oplossing bieden.

Zodra de uitkomsten van het onderzoek van de NZa in oktober beschikbaar zijn, zal worden bezien of het nodig is om de receptregelvergoeding te verhogen en naar een kostendekkend tarief te gaan. Zonder vooruit te lopen op het langetermijnbeleid, is het wellicht wenselijk dat er in de transitiefase een vangnet komt om tot een kostendekkend tarief te komen. Vervolgens moet met gezwinde spoed wordt gewerkt aan een tariefstructuur die met name de toegevoegde waarde gaat belonen. Uit de berekeningen blijkt dat er in elk geval in 2008 nog voldoende bonussen en kortingen in het systeem zitten om tot een kostendekkend tarief te komen. De Kamer zal nog voor het zomerreces de langetermijnvisie met betrekking tot geneesmiddelenbeleid ontvangen. Het staat buiten kijf dat de kortingen en bonussen moeten verdwijnen. Er dient een systeem te komen waarin investeren in zorg wordt beloond. De vraag is vervolgens of er een kostendekkend tarief in de vorm van een receptregelvergoeding

moet komen, een modulaire tariefstructuur of gecontracteerde zorg. In de langetermijnvisie is een stappenplan opgenomen en verschillende routes die nodig zijn om tot een nieuwe structuur te komen. Het streven is om per 1 januari 2010 naar een nieuw systeem over te gaan.

De discussie op dit moment betreft de transitieperiode. De vraag is hoe in deze periode wordt omgegaan met het veld en met de apothekers. Het verzoek om naar een kostendekkend tarief te gaan, al dan niet voor een transitieperiode, zal worden meegenomen. Het is wel de vraag wanneer wordt gepreciseerd hoe hoog dat eventuele tarief moet zijn. Hiervoor zullen de cijfers van de NZa afgewacht worden, die in oktober beschikbaar komen. Er zal een tarief worden vastgesteld waarin rekening is gehouden met het volume aan bonussen en kortingen dat nog in het systeem zit. Als de receptregelvergoeding nu al volledig kostendekkend zou zijn, zou sprake zijn van overfinanciering. Het is de bedoeling dat 2009 een stabiele transitieperiode is waarin alle betrokkenen weten wat zij kunnen verwachten.

Apothekers die in de financiële problemen komen als gevolg van het preferentiebeleid, zullen zich in eerste aanleg moeten wenden tot contractpartijen, dus de financiers en de verzekeraars. In individuele gevallen kunnen apotheekhoudenden zich uiteindelijk tot de NZa wenden voor een eventuele individuele financiële voorziening. Artikel 4, lid 84, van de Algemene wet bestuursrecht vormt daarvoor de basis.

De laagsteprijsgarantie van Achmea bestaat bij de gratie van het feit dat andere verzekeraars een preferentiebeleid voeren. Zij drukken de prijzen waaraan Achmea vervolgens kan refereren.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Schippers** (VVD) wil dat ervoor wordt gezorgd dat apothekers die in de problemen komen doordat zij recent hebben geïnvesteerd in zorgverlening niet ten onder gaan, als door de sluiting van hun apotheek de zorgplicht van de verzekeraars niet in gevaar komt omdat er een andere apotheek in de buurt is. Kan de minister garanderen dat jonge apothekers het gelag niet gaan betalen van hun noodzakelijke switch?

De heer **Van Gerven** (SP) onderschrijft de analyse van de minister van de gevolgen van het preferentiebeleid niet. Het levert wel problemen op als mensen regelmatig van merk medicijn moeten wisselen. De minister zou zelf moeten optreden om medicijnen goedkoper te maken, bijvoorbeeld door het aanscherpen van de Wet geneesmiddelenprijzen. De receptregelvergoeding zou moeten worden vastgesteld op € 7,67, de ondergrens van kostendekkendheid.

Mevrouw **Schermers** (CDA) vraagt hoe apothekers ertoe kunnen worden gebracht dat zij aan de bel trekken bij de zorgverzekeraars als zij in de problemen zijn gekomen. Kan de minister ingaan op de specifieke situatie van apotheekhoudende huisartsen?

De heer **Van der Veen** (PvdA) vraagt hoe de NZa een rol kan spelen in het beoordelen van situaties waarin apothekers bezig zijn met zorg en buiten hun schuld in de problemen komen. Op basis van welke criteria wordt een verzoek om ondersteuning beoordeeld?

De heer **Vendrik** (GroenLinks) constateert dat de minister inderdaad politieke leiding aan dit proces gaat geven. Kan het traject voor apothekers die in de moeilijkheden zitten, nader toegelicht worden? Hopelijk krijgt vooral de apotheker die investeert in zorgverlening, de ruimte in de langetermijnvisie.

De **minister** zegt dat apothekers die investeren in hun bedrijf, waarschijnlijk bij de bank kunnen aantonen dat zij daadwerkelijk investeren in hun toekomst. Verzekeraars hebben nog weinig verzoeken om ondersteuning ontvangen van apothekers. De minister roept de apothekers die in de problemen komen op om dit wel te doen. Hij is bereid om de NZa en de verzekeraars te vragen om naast de zorgplicht ook het kwalitatieve aspect te betrekken bij de beoordeling van verzoeken om ondersteuning en zal de Kamer hier schriftelijk over informeren. Een apotheker kan rechtstreeks naar de NZa gaan voor een verzoek om ondersteuning. Onlangs heeft een gesprek plaatsgevonden met apotheekhoudende huisartsen. De Wet geneesmiddelenprijzen kan niet zomaar worden aangepast. Dat moet altijd gebeuren op basis van de situatie in de referentielanden, waaronder België, Frankrijk en Duitsland. Er moet altijd sprake zijn van een zekere marge. Op grond van het Europese recht kunnen en mogen die marges niet volledig worden weggenomen. Indien nodig kan de recept-regelvergoeding verhoogd worden, maar dat moet gebeuren op basis van de cijfers die in oktober beschikbaar komen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen